

**Departamento de Salud Public del Condado de Maricopa
Forma de Consentimiento**

Yo _____ doy permiso a la Oficina de Epidemiología del Departamento de Salud Pública del Condado de Maricopa, o representantes de esta, para coleccionar

muestra (s) de excremento, o

muestra (s) de sangre, or

muestra de mucosidad de la nariz y garganta para _____

Yo entiendo que este servicio es libre de costo

Nombre del niño

Fecha

Nombre del padre/encargado en letra de molde

Fecha

Firma del padre o encargado

Fecha

Firma del adulto recibiendo el análisis

Fecha

Testigo

Fecha